

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacques - Max DOUMIC

Né le 25 Avril 1915 à Paris

L'action médicale sur l'indigène au Maroc

Président : PASTEUR-VALLERY-RADOT *Professeur*

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE
A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI.

1939

1127

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacques - Max DOUMIC

Né le 25 Avril 1915 à Paris

L'action médicale sur l'indigène au Maroc

Président : PASTEUR-VALLÉRY-RADOT Professeur

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI.

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.



II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD . . . Histologie.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD . . . Parasitologie.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES . . Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . . Pathologie médicale.
 HALPHEN . . . Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 JOANNON . . . Hygiène.
 LACOMME . . . Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY . . Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX . . Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET . . Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN . . . Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE . . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHT Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH . . . Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS . . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER . . . Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ . . . Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . . Obstétrique.

VI. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER. ..	
DONZELOT ...		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE BIEN-AIMEE

DE MON GRAND-PERE

RENÉ DOUMIC

Secrétaire perpétuel de l'Académie française

A MON PERE

A MA MERE

A MES FRERES

A MES SŒURS

A TOUS LES MIENS

AU COMTE FÉLIX DE VOGUE

qui, grâce à son agissante bienveillance, a rendu possible mon séjour au Maroc.

Qu'il soit assuré ici de mes remerciements et de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur
PASTEUR VALLERY-RADOT

qu'il veuille bien trouver ici l'expression de toute la reconnaissance que je m'a fait, en acceptant la présidence de cette thèse.

A MES MAITRES LES PLUS AIMES

Monsieur le Professeur SERGENT

Qu'il ne trouve ici qu'un faible témoignage de mon affection et de ma gratitude.

Monsieur le Professeur ROUVIERE

Il m'a enseigné ce que je sais d'anatomie.

Qu'il trouve ici l'expression de mon très fidèle et respectueux attachement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur P. DUVAL (1936-37)

*avec l'assurance de mon dévouement,
de mon respect et de mon admiration.*

Monsieur le Professeur E. SERGENT (1937)

Monsieur le Docteur BOIDIN (1937-38)

*chez qui je regrette de n'avoir passé
que six trop courts mois. Qu'il trouve
ici tous mes remerciements pour ce
que j'ai appris chez lui.*

Monsieur le Professeur TROISIER (1938)

*qui m'a montré le véritable visage du
savant. En témoignage de mon res-
pect, et de mon admiration.*

Monsieur le Professeur Cl. VINCENT (1938-39)

*qui est pour moi le plus bel exemple
de travail sans relâche.*

Monsieur le Docteur BABONNEIX (1939).

*Avec ma reconnaissance pour ce
qu'il m'a enseigné en pédiatrie et pour
la bienveillance qu'il me porte.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BINET

*Grâce à qui cette thèse a pu être
écrite, en témoignage de mon respect
et de ma gratitude.*

A Monsieur le Professeur agrégé GATELLIER
Chirurgien des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur MERLE D'AUBIGNE
Chirurgien des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur RUDLER
Chirurgien des Hôpitaux

A Monsieur le Professeur agrégé BARIETY
Médecin des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur BRISSAUD

A Monsieur le Docteur PRIEUR

A MES PREMIERS CONFERENCIERS

Monsieur le Docteur MIALARET
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur CARREZ

*Qu'ils trouvent ici le témoignage des
remerciements et de la reconnaissance
que je leur dois pour tout ce qu'ils
m'ont enseigné.*

A MES AUTRES CONFERENCIERS

Messieurs les Docteurs

MAISON, ROUX, CAUCHOIX, TURIAT

Monsieur le Professeur agrégé BROUET

A MA CAMARADE LA PLUS CHERE
ET LA PLUS PRECIEUSE, MA SŒUR

A MES CAMARADES D'EXTERNAT

Je les ai vus pénétrant dans les milieux indigènes, dans toutes les familles riches ou pauvres, dissipant à force de zèle ingénieux et de chaude bonté les préjugés haineux, les routines mortelles et laissant derrière eux, après leur passage, des corps plus robustes et des cœurs moins fermés.

Th. STEEG.

AVANT-PROPOS

Ceci est une thèse de guerre.

Elle prête à bien des critiques et contient sûrement des inexactitudes et peut-être des erreurs.

Mais les conditions dans lesquelles elle a été écrite — sur les gradins d'un stade nautique désaffecté — les circonstances qui en ont commandé la rédaction, l'impossibilité où nous étions enfin de pouvoir obtenir de multiples précisions ou de vérifier certaines opinions, excuseront, je l'espère, tout ce qu'elle peut présenter d'inachevé.

D'ailleurs, à chaque instant, se présentent des points qu'il faudrait développer et des arguments que, limité par le temps, nous n'avons même pas pu citer.

C'est pour ces motifs que nous demandons de bien vouloir considérer ces pages comme une esquisse précédant de peu, nous l'espérons, une étude dont le calme et les facilités de la paix serviraient déjà la cause.

I

On ne peut aborder cette étude sur un aspect de la colonisation au Maroc sans que surgisse et s'impose la plus géniale figure de notre temps, celle du maréchal Lyautey.

Dès son séjour à Madagascar, il avait situé à sa place exacte le rôle du médecin dans une conquête coloniale.

« Si vous pouvez m'envoyer quatre médecins, écrivait-il à Galliéni, je vous renvoie quatre compagnies. »

Par la suite, en deux phrases, il exprimait tout ce qu'il est légitime et juste de dire sur ce rôle :

« L'expansion coloniale a ses rudesses; elle n'est pas, certes, sans reproches, ni sans tares; mais si quelque chose l'ennoblit et la justifie, c'est l'action du médecin comprise comme une mission et un apostolat. »

« Il n'y a pas de fait plus solidement établi que l'efficacité du rôle du médecin comme agent de pénétration, d'attraction et de pacification. »

Ces seules paroles expliquent assez l'intérêt de la question.

L'action médicale sur ces territoires est considérable car elle doit aborder tous les sujets, car elle arrive sur un champ entièrement inculte ou seulement livré aux pratiques hasardeuses des sorciers, car elle est un des bienfaits les plus purs et les plus réels de la civilisation.

Le rôle qu'elle joue en Europe, qui est en fin de compte essentiellement thérapeutique, est alors presque noyé par cent autres et avant tout par la nécessité d'enseigner inlassablement ces principes élémen-

taires d'hygiène qui devraient tendre chez nous à devenir presque instinctifs.

Le médecin, en arrivant dans une colonie récente, se trouve en présence d'un mode de vie toujours défectueux, mais particulier à chaque peuple, car il relève de facteurs multiples, historiques, géographiques. Il doit adapter ses méthodes et ses enseignements aux mentalités qu'il rencontre en tenant compte de chacune de ces particularités, en s'efforçant de les faire jouer pour la cause qu'il défend. Parce que les hommes sont différents, la médecine au Maroc ne peut pas avoir plus de rapport avec celle du Tonkin qu'elle n'en a avec celle de France. Parce que les colonies sont différentes, il ne peut pas y avoir, non plus, de doctrine de médecine aux colonies.

C'est pourquoi il semble bien que ce n'est pas faire œuvre inutile que d'envisager, d'une part, les rapports des médecins avec les indigènes, d'autre part, les réactions de ceux-ci devant cette nouvelle sorcellerie qu'ils ne cessent de redouter, mais dont tout de même ils voient s'installer les bienfaits.

Action du médecin, réaction de l'indigène, tels sont les deux points que l'on s'efforcera de développer ici.

De leur confrontation, on verra se définir tout naturellement les formes que doit prendre l'effort médical. Il n'y a pas trente ans que le Maroc est devenu protectorat français; l'action médicale est en plein essor; elle a un avenir que l'on essaiera de préciser.

Il s'agit de parler politique beaucoup plus que clinique ou thérapeutique. Mais il s'agit de la plus noble et de la plus nécessaire, et il faut bien reconnaître que, en matière de colonisation, et au Maroc plus que partout ailleurs, on s'est efforcé de mettre en œuvre la « Conquête pacifique ». Le médecin en

est un des éléments principaux, sinon le premier. Sa science est indispensable, mais il convient surtout qu'elle lui confère un prestige et une autorité qui seront véritablement les seuls à lui faire jouer le rôle de conquérant qu'on attend de lui.

II

ACTION MEDICALE

« Du ix^e au xvi^e siècle, il est curieux de noter que l'influence française demeura prépondérante dans tout le Maroc¹. »

Des navigateurs entretenaient des relations constantes avec les commerçants de l'endroit, d'autres réorganisaient l'armée marocaine. A partir du xvi^e siècle, les médecins chrétiens et français s'installaient officiellement à la cour des sultans. Guillaume Bérard, en 1596, auprès de Moulay Abd-el-Malek et de son successeur, Moulay Ahmed-el-Mansour; Arnoult de Lisle, puis Etienne Hubert lui succèdent. Souvent pourtant, tous les médecins en séjour au Maroc n'étaient pas libres comme ceux-là. Il s'agissait bien plus souvent de captifs dont on utilisait les compétences et dont les résultats thérapeutiques pouvaient être dangereusement sanctionnés. En contrepartie, leur talent fut une source d'heureuses aventures; ainsi en advint-il pour un jeune chirurgien « fort bien fait » qui, à la barbe d'un mari jaloux, reçut toutes les récompenses de sa belle patiente. Même ceux qui étaient les mieux vus, tel ce Lemprière qui exerça au Maroc au temps de la Révolution, n'étaient pas à l'abri de dénonciations, de calomnies, et devaient parfois s'éloigner à la hâte de leur clientèle par trop exigeante. Toute cette période, en fin de compte, est cen-

1. *René Cruchet* : La conquête pacifique du Maroc (Berger-Levrault).

trée par des aventures de sérails. Ce sont des aventures qui ne finissaient jamais d'une façon banale.

« Cependant, grâce à la médecine, l'influence française prenait de plus en plus d'importance », et, à la fin du xix^e siècle, on ne peut trop insister sur la valeur du long séjour du D^r Linarès.

Il eut un prestige considérable et exerça très abondamment et très efficacement dans toutes les classes de la société marocaine. A cette époque, la médecine était devenue une science sûre et ses résultats étaient évidemment plus favorables et plus prévisibles qu'aux siècles héroïques. L'influence et le rôle de Linarès furent tels que les Affaires étrangères attachèrent un médecin à la Mission française auprès du Sultan. La tâche pourtant était encore ingrate. La valeur de l'homme restait encore bien supérieure à la valeur du médecin et de la science qu'il représentait. « Le fait que cinq médecins se succédèrent jusqu'à la création du protectorat, en 1912, auprès des sultans Abdel-Aziz et Moulay Hafid, indique leur peu d'action à la cour, la difficulté de leur tâche et le manque d'enthousiasme qu'ils montraient dans l'exercice de ce mandat de choix. » Ce fut, dit encore Cruchet, « la période la plus ingrate de la pénétration médicale... L'inconvénient le plus grave était qu'aux yeux de ces indigènes fanatiques, il (le médecin) apparaissait plus politique que médecin, par suite était plus craint que véritablement aimé. En effet, dépendant des Affaires étrangères, il avait un rôle d'agent de renseignements, fonction d'un intérêt puissant, mais délicate, complexe, et qui lui enlevait une partie de la confiance qu'on aurait accordée volontiers au médecin. »

A l'heure actuelle, il est certain que ces considérations jouent encore comme un préjugé inconscient peut-être, dans la crainte ou la méfiance où sont encore tenus dans une certaine mesure les médecins, au début de leur installation.

Ces missions médicales sont le dernier aspect de la médecine au Maroc avant le protectorat. Le meurtre affreux du Dr Mauchamp, médecin missionnaire lui aussi, devait déclencher la première action militaire. Au cours de cette triste histoire, il n'est pas inutile de souligner le rôle inqualifiable d'un certain Holtzmann, Allemand se disant médecin, qui répandait le bruit que Mauchamp ne guérissait que pour mieux empoisonner par la suite, et avec des raffinements qu'il décrivait abondamment. Ces calomnies ne furent pas étrangères à l'assassinat du malheureux homme. Assassinat épouvantable, à la mode africaine, à coup de pierres, à coup de poignards, dépouillé de ses vêtements, couvert de crachats, au milieu des vous-vous des femmes et des enfants. Un déchaînement navrant du fanatisme le plus inutile et le plus mal placé.

La conquête se déclencha alors. Le rôle des médecins militaires y fut considérable. Ils préparèrent le terrain à l'organisation civile que créa le protectorat. Mais, il convient d'insister sur toute cette période antérieure où la France fut quand même présente au Maroc, et surtout par ses médecins.

On ne peut dire que l'installation française découle entièrement de ces présences médicales; on ne peut dire non plus que cette présence vient uniquement du voisinage de l'Algérie française, puisque des médecins étaient au Maroc avant 1830. Le prestige de ceux-là et plus tard, le voisinage « de l'Est » n'ont fait que renforcer la situation du médecin et de la France au Maroc. Il n'est pas douteux pourtant que si d'autres Européens avaient été « bien en cour » comme ces Français, un maillon aurait manqué à la chaîne d'événements qui ont provoqué l'intervention française.

C'est, je crois, de cette façon qu'il faut voir le rôle et l'utilité de la médecine française avant le protec-

torat. On ne peut en tirer toutes les raisons de la Conquête, il est également impossible de la mettre hors de cause.

Outillage sanitaire du Maroc

Trente ans après la conquête, le plan du service de santé s'est dessiné dans tous ses détails; on se trouve en présence d'un outillage quasiment terminé.

Il a été créé pour les indigènes trois sortes de formations, suivant le genre de population auquel on s'adressait. Dans les grandes villes, *des hôpitaux indigènes*; dans les villages, *des infirmeries* qui drainent la population rurale des environs; enfin, *les groupes sanitaires mobiles* sont chargés d'explorer le territoire dans ses parties les plus reculées.

Les hôpitaux indigènes.

Tous les hôpitaux sont construits suivant le même type et ne diffèrent les uns des autres que par quelques détails. Ils ont eu l'avantage de disposer d'un terrain beaucoup plus vaste que les hôpitaux français, ce qui était d'ailleurs assez nécessaire étant donné que la construction à étages est d'un avenir assez aléatoire : la construction « hassani » n'a pas une grande réputation de solidité.

D'autre part, on ne pouvait grouper dans le même pavillon les malades hommes et femmes relevant de la même médecine. Partout, il a fallu édifier un pavillon complet pour les femmes. Les hôpitaux indigènes sont véritablement doubles : un hôpital homes et un hôpital femmes, avec une minime communication entre les deux.

D'un autre côté, la partie « consultation » et « polyclinique » a dû être considérablement agrandie : la

proportion entre consultants et hospitalisés était bien plus considérable en Afrique du Nord qu'en Europe.

Si, autrefois, on pouvait faire de grandes salles, on s'est aperçu qu'il y avait intérêt à multiplier les chambres. On ne peut songer, en effet, à restreindre les visites dans le temps et le nombre, dès qu'on les tolère. Constamment, on voit autour des malades hospitalisés, surtout les femmes, quatre, cinq, six personnes, de tous âges, qui parlent, qui mangent et qui font le thé à la menthe avec un matériel qu'ils ont apporté eux-mêmes. Les petites chambres restreignent les risques de contagion. Les malades qui ne sont pas totalement consignés ne sont évidemment pas contagieux, mais les contaminations du dehors doivent être redoutées à chaque instant.

D'autre part, si l'on veut atteindre les classes indigènes supérieures, il faut tenir compte de leurs usages et de leur volonté. C'est une docilité nécessaire, et on le conçoit, d'un grand intérêt politique. Les femmes de ces milieux qui consentent à être hospitalisées demandent toujours à avoir auprès d'elles une esclave ou une parente. Enfin, il faut prévoir, au cours des épidémies, des accroissements massifs et soudains du nombre de malades.

Voilà autant de raisons qui imposent une grande surface de pavillons et de dégagements.

Le plus parfait de tous, à mon sens, est l'*hôpital Cocard*, à Fez. C'est là, en effet, que l'on a affaire à la plus grosse population indigène.

Il est situé en dehors de la ville dans une enceinte particulière, autrefois une citadelle. Certains pavillons sont encore assez anciens, avec des salles blanches à la chaux, des lits couverts de nattes. Il ne faut pas trop se récrier sur le sommaire de ce confort. On eut au début toutes les peines du monde à faire comprendre aux malades la véritable destination des lits,

et, pour dormir, il était courant de les voir étendre la natte sur le carrelage.

Récemment, ont été reconstruits trois pavillons : le pavillon des fiévreux, celui des contagieux et toute l'hospitalisation des femmes. Ils sont tout à fait analogues aux constructions françaises. Les deux premiers comptent à peu près deux cents lits; le pavillon des femmes trois fois plus. Celui-ci a été édifié avec un goût très particulier; les femmes ont des djellabas beiges ouvertes, suivant le service où elles sont hospitalisées; les murs sont couverts de zelliges.

J'ai visité *l'hôpital indigène de Casablanca* après une séance de polyclinique : il avait été fait, dans la matinée, en cinq heures, un millier de piqûres tant intraveineuses qu'intramusculaires, surtout antisyphilitiques. Les infirmiers indigènes qui les font, ont acquis une grande habileté sur ce chapitre.

Le service de chirurgie a été entièrement réorganisé. Il est somptueux et comporte une salle d'opérations principale, où l'on peut effectuer trois interventions en même temps.

L'hôpital Mauchamp, à Marrakech, a encore relativement peu bénéficié des perfectionnements modernes. Il occupe l'emplacement d'un ancien palais comme un peu toutes les administrations à Marrakech, notamment l'hôpital militaire qui est logé somptueusement, où les plafonds des salles sont peints et sculptés avec une richesse et un luxe qui évidemment n'étaient pas destinés à abriter le sommeil des troupiers.

L'hôpital Mauchamp, comme beaucoup d'autres, a profité des quelques réparations que l'Allemagne a versées à la France. Les scialithiques, les tables d'opérations, les microscopes viennent tous d'Allemagne et du meilleur constructeur. Quoi qu'il en soit, c'est un bien mince avantage.

L'hôpital de Port-Lyautey correspond à des besoins plus restreints; là aussi les malades consultants dépassent de beaucoup en nombre les malades hospitalisés. Il est appelé, par suite du développement économique de la région, à contrôler une population de plus en plus importante. Il est dirigé par le Dr Deligné, homme d'une grande activité créatrice et de qui j'ai beaucoup appris sur la complexité du rôle du médecin au Maroc.

L'hôpital de Rabat comporte des services d'hospitalisation sur un vaste terrain en bordure de la mer. Le service d'ophtalmologie est particulièrement remarquable, vu l'abondance de malades qui y passent. De toute façon, cet hôpital est moins important que celui de Fez ou celui de Marrakech. Rabat tire surtout son importance de la ville européenne qui groupe tous les services du protectorat.

Les services spécialisés.

Avant de parler des infirmeries, il faut faire une mention des services spécialisés. La direction de la santé et de l'hygiène publique les a créés de bonne heure.

« Dans les principales villes fonctionnent actuellement des dispensaires antivénériens ou prophylactiques, ophtalmologiques, antituberculeux et dermatologiques (radiothérapie des teignes)¹. »

En 1928, on comptait déjà 17 dispensaires des spécialités précitées.

Les gouttes de lait créées par M^{me} la maréchale Lyautey sont multiples et prospères. A Marrakech, le dispensaire infantile indigène reçoit plusieurs milliers de consultants par mois.

1. Santé et Hygiène Publique au Maroc.

On parle beaucoup, dans un autre ordre d'idées, de la « honte » des asiles marocains, les Maristan. A l'heure actuelle, cela est tout à fait inexact. La plupart des aliénés indigènes sont soignés à l'asile de Ber-Rechid qui est moderne. Cruchet, à qui il nous faut encore revenir, parle de ces Maristan de la plus juste façon. Il n'est point si sale que cela, le Marisane de Fez, qu'il a pu visiter, puisque les murs sont blanchis; il ne s'y fait peut-être aucune thérapeutique, mais « nous ne pouvons que constater ces faits et les regretter; du moment que nous nous sommes engagés à respecter les croyances des Marocains et leurs coutumes, nous devons attendre qu'ils les modifient eux-mêmes... Si on place les fous dans des cellules grillagées, c'est par la croyance que les saints les guériront plus vite..., si on les enchaîne, c'est parce que le fer éloigne les esprits malins qui sont la cause de la folie. »

Les infirmeries indigènes.

Les infirmeries sont toutes à peu près analogues, il s'agit uniquement de services de consultation. Elles jouent, en milieu rural, le même rôle que les dispensaires en milieu urbain.

Eles n'ouvrent, en général, qu'à certains jours, qui sont commandés par le jour des souks des environs. En venant au souk, l'indigène passe aussi à l'infirmerie, soit pour y suivre un traitement, soit pour y consulter pour la moindre des choses. Le principal est que ces infirmeries existent et se multiplient, car les indigènes y affluent. A certain dispensaire de Casablanca — dispensaire, en milieu urbain; infirmerie, en milieu rural — il y avait des consultants avant même que la construction soit terminée, un peu dés-

appointés que la présence du médecin n'ait pas coïncidé avec la création du chantier.

Outre les consultations et les traitements, on y vaccine abondamment. C'est de là que partent et où viennent s'approvisionner les équipes volantes de prophylaxie dont le rôle au cours de la dernière épidémie de typhus fut écrasant. Ces infirmeries sont en somme la clef de voûte de tout l'outillage sanitaire; elles réalisent la formule la plus juste pour un pays surtout rural : une salle d'attente, une salle de pansements, une salle de consultation, un cabinet pour le médecin, une salle pour conserver les médicaments. Comme personnel, un ou deux infirmiers et un médecin. Cela correspond exactement au besoin de l'indigène qui, hors des villes, répugne à l'hospitalisation parce que cela signifie pour lui l'éloignement de son foyer et son isolement.

L'hôpital ne convient qu'aux villes car il y peut drainer une population à la fois plus nombreuse et plus évoluée, comprenant moins difficilement cette notion d'hospitalisation, elle y est en tout cas moins rébarbative. Y a-t-il si longtemps que les populations rurales françaises elles-mêmes s'y plient sans trop de difficultés?

Les groupes sanitaires mobiles

Les groupes sanitaires mobiles peuvent être multipliés suivant les besoins et les circonstances. Actuellement, il y en a à peu près un par région ou par territoire, suivant l'abondance de la population éloignée. Ils sont formés d'équipes de un ou deux médecins et d'infirmiers indigènes. Ils ont les mêmes activités que les infirmeries sédentaires; mais, somme toute, leur rôle le plus utile est un rôle prophylactique, car il touche les régions les moins évoluées du protectorat. Ils répondent, en effet, à des conditions

ethnographiques et démographiques particulières. Il y a intérêt, à tous points de vue, à ce que l'état sanitaire de toutes les populations soit le meilleur possible. Comment atteindre celles qui sont loin des passages, qui ne viennent pas aux souks et qui ne feront rien par elles-mêmes pour se plier aux disciplines hygiéniques qui, après tout, sont un des aspects les plus heureux de la pénétration d'une puissance colonisatrice. Il s'agit surtout de populations montagnardes qui sont restées longtemps hostiles à l'installation de la France. Les groupes sanitaires mobiles vont à elles et constituent un des meilleurs moyens de conquête pacifique. C'est à eux surtout que l'on peut attribuer le mot si exact de M. Steeg, qui ouvre cette thèse : « Des corps plus robustes et des cœurs moins fermés. » Il faut envisager un temps où ces groupes n'auront plus qu'une utilité thérapeutique. Actuellement, il est hors de doute que tout en fournissant leur labour médical, ils parachèvent la conquête — j'entends la conquête des esprits.

La médecine a un rôle thérapeutique et prophylactique

Rôle thérapeutique.

Partout, que ce soit dans les hôpitaux, dans les infirmeries ou pendant les tournées des groupes mobiles, le nombre des indigènes que les médecins ont à examiner et à traiter est considérable. Cette affluence est certainement ce qui frappe le plus ceux qui ne sont habitués qu'aux chiffres modérés des établissements européens. Nous essaierons plus loin d'en indiquer les raisons.

Quels sont les malades que l'on voit surtout au cours de ces séances? Les vénériens; puis à un degré moindre la foule complexe des trachomateux de toute origine, les tramatisés enfin.

Le médecin spécialisé trouve au Maroc, comme dans toute l'Afrique du Nord, la collection la plus extraordinaire des lésions syphilitiques. Elles sont là, si l'on peut dire, dans toute leur pureté, c'est-à-dire dans leurs formes les moins abatardies par l'efficacité des traitements que, en France, on déclenche assez tôt pour les considérer comme des raretés, voire même des monstruosité. Ces fongus étendus, ces gommages profondément creusantes qu'en France bien des médecins n'ont jamais vus sont ici monnaie courante. Peu de syphilis viscérales, mais des syphilis cutanées en grand nombre; celles précisément que l'on ne rencontre plus en Europe car le traitement a beaucoup de prise sur elles. Et c'est une des raisons pour lesquelles l'indigène vient si facilement à la consultation. Il sait que le médecin a une arme très efficace, il sait par les récits de parents ou d'amis que ces lésions, qui le gênent énormément, fonderont rapidement au cours du traitement. Considérant le médecin comme un sorcier, il va, pour cette maladie, au sorcier français, car sa thérapeutique est plus efficace que celle du sorcier indigène. De même pour le trachôme et pour toute la pathologie oculaire. On se trouve en présence d'un champ où l'action médicale est encore récente, mais où son efficacité attire l'indigène.

Les traumatismes constituent aussi une grosse partie de la clientèle habituelle. L'indigène est insouciant et curieusement maladroit. Les fractures ouvertes ne se comptent pas, c'est une heureuse éventualité de pouvoir les traiter d'emblée. Mais combien ne voit-on pas encore de pseudarthroses, de membres bal-

lants, de boiteux qui sont tous le résultat de thérapeutiques ridicules ou totalement absentes? Ce n'est pas tout encore. Les blennoragiques, les scrofuleux, et surtout les typhiques viennent accroître encore le « matériel malade » à la disposition du médecin. Il a ainsi un terrain d'expériences immense. Les statistiques sont plus justes, les déductions en sont plus naturelles, plus scientifiques, moins hasardeuses, car elles concernent plus de malades. Atteignant plus de sujets, le médecin est plus apte à déterminer les doses thérapeutiques réelles qui sont différentes, pour l'indigène, de celles destinées à l'Européen. On s'aperçoit plus vite que la dose efficace chez celui-là est voisine de la dose dangereuse chez celui-ci. La clientèle marocaine n'est pas une source de monotonie, elle est au contraire une source de conclusion scientifique encore loin d'être épuisée.

Rôle prophylactique.

Ce n'est pas le seul intérêt de la médecine au Maroc. Et l'on peut presque dire que le rôle thérapeutique n'est presque rien en regard du rôle prophylactique. Les dernières épidémies de typhus qui ont été fort graves ont imposé la nécessité d'une vaccination en masse de la population. Les comptes rendus de ces séances vous remplissent d'admiration à l'endroit des médecins. Ils prouvent qu'il existe véritablement un héroïsme de paix autant qu'un héroïsme de guerre. Aucune difficulté n'a rebuté les équipes de vaccinateurs : ni les populations hostiles, ni les milliers d'injections qu'il fallait à tout prix effectuer dans une même journée, ni le danger de contagion. Plus d'une douzaine ont péri à la tâche. Qu'est-ce donc alors si ce n'est de l'héroïsme?

C'est au cours de ces vaccinations que les médecins eurent le plus à composer avec la mentalité de la population. C'est là où le rôle politique de la médecine s'est fait le plus sentir. La plupart des problèmes que soulevaient ces séances n'était pas, en effet, des problèmes médicaux. Qu'on en juge : « Ce n'est pas sans quelque appréhension, en effet, que nous nous demandions comment nous pourrions opérer à coup sûr dans des agglomérations aussi importantes que ce derb (le derb Ben Msik, à Casablanca) dont la population était évaluée à près de 20.000 habitants. Or il fallait toucher le même jour la totalité des habitants tant dans l'intérêt de l'œuvre prophylactique que dans celui de la méthode (méthode voulant établir que la vaccination en masse était seule efficace). Il était donc indispensable que nous saisissions dans une seule séance tous les habitants, faute de quoi nous eussions fait certainement œuvre incomplète.

« Ce problème... se compliquait d'un élément d'ordre psychologique et économique. Nous allions, en effet, pour la première fois, entrer en contact sur le plan de la vaccination contre le typhus, avec le prolétariat indigène plus évolué que le milieu rural auquel nous avions eu affaire jusque-là et moins facile à manier. Or, il importait que notre première séance à Casablanca connût un succès complet. Nous savions que de nombreux éléments du derb se rendaient chaque matin, à la première heure, au travail, soit sur des chantiers, soit dans des usines... et nous ne devions pas nous dissimuler que ces éléments n'hésiteraient pas à tenter d'échapper à la vaccination afin de pouvoir être à leur travail à l'heure ordinaire sous peine de perdre le salaire de leur journée. Et l'on ne saurait en vérité leur en vouloir... Il nous fallait prévoir cet exode, l'empêcher, et, pour cela, encercler le derb dans la nuit qui devait précéder la séance

de vaccination, puis en diriger dès l'aube les habitants sur les deux postes de vaccination prévue.

« C'était là une opération peu aisée... Mais, pour des raisons faciles à comprendre du point de vue politique, nous nous sommes refusés à utiliser pour des fins prophylactiques, le secours de la troupe; d'autre part, nous ne pouvions exposer celle-ci au risque de contagion, si minime fût-il. Au surplus, nous entendions, pour le succès des opérations ultérieures, placer notre première séance sous le signe de la persuasion et de la compréhension avec le minimum de coercition (1).. »

J'ai tenu à citer ce texte car il met bien en lumière la complexité du rôle du médecin vis-à-vis de la population indigène. Un « dahir » sur la vaccination obligatoire n'aurait eu aucune efficacité et serait même venu jouer entièrement contre les intentions du service de santé.

Et voici le récit sommaire, mais éloquent, de cette vaccination :

Le camion arrive à cinq heures du matin, la séance commence tout de suite, « si bien que, lorsque le camp fut levé à quatorze heures, le total de la population avait été inoculé et que 17.120 vaccinations avaient été effectuées ». Ailleurs, en moins de trois heures, il est dit que trois vaccinateurs, sans se presser, voyaient défiler près de 8.500 sujets. On effectue un simple calcul et l'on trouve qu'il ne fallait consacrer à chaque individu que trois secondes seulement!

Donnons encore un chiffre: en douze heures et de-

1. *Gaud et Bonjean* : L'épidémie du typhus au Maroc d'octobre 36 à septembre 37. In : Bulletin de l'Institut d'Hygiène du Maroc (IV-XI, 37).

mie les 30.775 habitants du derb Sidna étaient tous vaccinés.

Telle est l'ardeur des médecins. Ils remplissent là la fonction la plus utile. C'est grâce à elle que l'on a pu éviter le désastre qui aurait été fatal à la population indigène si l'ouvrier et l'outil n'avaient pas été à la hauteur de la tâche.

Ces vaccinations sont à coup sûr une des plus belles victoires de la fameuse « conquête pacifique ».

Cette prophylaxie active n'est pas la seule. On pourrait l'éviter en grande partie, en tout cas dans ce qu'elle a de relativement brutale, si la nécessité de l'hygiène était comprise des populations. Elle ne l'est pas encore. Le médecin doit enseigner sans relâche, essayer de pénétrer dans tous les milieux pour inculquer des règles indispensables. Alors, sa fonction colonisatrice devient seule présente. Par ses relations et par ses amitiés dans le milieu indigène, il agit beaucoup plus et beaucoup plus efficacement que par son autorité scientifique. L'homme, là, comme toujours, importe au plus haut point. Disons, de plus, qu'il doit attendre — et même réclamer — tout le concours de la population européenne. Elle doit tout entière donner l'exemple et l'enseigner. C'est ainsi qu'elle seconde de la façon la plus utile la fonction du médecin. On dit que le médecin doit savoir tout faire à la colonie; il faut aussi bien que chaque colon soit un peu médecin. Il peut sur ce chapitre jouer un rôle aussi important que l'homme de l'art.

Organisation de la santé et de l'hygiène publiques au Maroc

Après avoir vu l'outillage et le rôle du médecin, examinons enfin l'organisation administrative.

On sait que le Maroc est encore en partie sous l'autorité militaire. Le service de santé fonctionne là comme partout ailleurs et a à tenir compte des mêmes conditions. Dans les régions placées sous le pouvoir civil, les médecins restent des fonctionnaires pour la plupart — des médecins à contrat plus exactement — et ce n'est que dans les grandes villes que l'on rencontre des médecins exerçant d'une façon entièrement libre. Il y a une hiérarchie naturelle au sommet de laquelle se trouve « la direction de la santé et de l'hygiène publiques ». Actuellement, le Dr Gaudy occupe le poste suprême et est l'équivalent d'un ministre. A cet organisme central est joint, toujours à Rabat, un bureau plus spécialisé, « l'Institut d'hygiène », à la tête duquel est placé le Dr Bonjean, l'Institut et la direction étant en relation permanente. Les divisions médicales suivent à peu près les autres divisions administratives. Il y a des territoires médicaux et des régions médicales, la région médicale étant la véritable cellule. Parallèlement dans les villes sont installés des bureaux d'hygiène. « Les rapports du directeur du bureau d'hygiène avec le médecin régional sont constants car l'effort prophylactique ne doit pas connaître de cloisons étanches, qu'il soit d'application urbaine ou rurale, la défense sanitaire des villes étant solidaire de celle des campagnes et vice versa (1). »

1. Santé et hygiène publiques au Maroc.

Voilà donc, sommairement exposé, tout ce dont est fait la médecine au Maroc. L'outillage dont elle dispose, le personnel médical qui la sert, l'administration qui la régit. Comment va-t-elle être accueillie par l'indigène au service de qui elle se met?

Nous avons vu de quoi était faite l'action médicale; étudions maintenant les réactions indigènes.

III

REACTIONS INDIGÈNES

Les indigènes ont le souci de leur santé

Nous avons dit et répété plus haut que l'affluence des malades était considérable. Nous avons cité ce cas, que je veux rappeler encore ici, des indigènes qui attendaient la consultation avant même que la construction du dispensaire ait été achevée.

Cette affluence est liée essentiellement à la mentalité marocaine. La bonne réputation des soins y est pour quelque chose, mais la présence seule du médecin l'emporte tout de même. « Le souci de se bien porter est une de leurs plus constantes préoccupations (1). »

Tous ceux qui connaissent un peu l'âme marocaine, tous ceux qui sont en relation avec les indigènes, qui les ont vus de près, peuvent en témoigner.

On connaît trop peu, en France, l'aventure glorieuse, on pourrait même dire l'épopée du malheureux Michel Vienchange, qui seul au milieu d'indigènes indifférents, hostiles ou traîtres, gagna au milieu des pires souffrances la bourgade en ruine de Smara, en territoire espagnol, d'où sont parties toutes les tribus dissidentes qui, dans le Sud marocain, ont retardé notre installation, beaucoup plus que les Berbères résidents.

1. *Cruchet*, id.

Ses notes, que son frère, le Dr Vieuchange, a publiées, apportent sur cette zone la plus ingrate du territoire des précisions et des lumières considérables. C'est un ouvrage qui, dans son orbe, doit être mis sur le même plan que la « reconnaissance au Maroc » du vicomte Ch. de Foucauld.

Vieuchange eut à soigner, au cours de son expédition, des insoumis dangereux qui, en grande partie, grâce à ses soins, le laissèrent aller. A ce sujet, il a pu écrire : « Je suis sûr que les Réguibat et autres farouches qui auraient expérimenté ses bienfaits donneraient droit de passage, hospitalité, etc., au médecin qui se rendrait chez eux (1). »

Citons encore ce marché qui se passe de tout commentaire :

— Pour aller à Smara peut-on passer par là ?

— Oui.

— Qu'on y passe alors. Je donnerai des médicaments au père du Cheik (celui qui était malade) et l'autre cheik pour me remercier m'accompagnera jusqu'à Smara.

Le Warkha (2).

Le Mahboul me demande :

— Pourrais-tu lui couper la jambe ?

— Non, mais je donnerai des médicaments qui lui feront du bien.

Il est vraiment bien établi que leur santé est un tourment perpétuel pour eux. Leur manque d'hygiène est la source d'une foule de petites misères et de dyspepsies, de ptoses, d'ulcères, de plaies qui cicatrisent mal. Chez les riches, les excès alimentaires et les excès génitaux amènent pour le moins une fatigue pré-

1. *Michel Vieuchange* : Smara (Plon).

2. D'accord.

coce de tout l'organisme. Il y a un proverbe arabe qui dit que si l'on n'a pas la syphilis dans ce monde, on l'a dans l'autre. Ils s'empressent presque de la saisir au vol. Mais elle déclenche des lésions qui perturbent toute leur vie habituelle. Ils n'aiment pas être malades, mais ils ne font rien pour l'éviter. Ils attachent une importance considérable à leur vigueur physique et à leur puissance sexuelle, mais ils ne s'en préoccupent que sur un plan intellectuel et ne recherchent en fin de compte aucune solution pratique.

C'est pourquoi le souci de leur santé et leur nonchalance foncière sont à coup sûr parmi les plus importants des éléments qui commandent l'état sanitaire de la population indigène. On peut bien dire que, lorsqu'on aura vaincu cette indolence, on aura accompli plus de la moitié du travail, car ces gens ne sont pas de mauvais vouloir.

Ils ne sont pas de mauvais vouloir, mais ils sont paresseux, non par vice, mais par constitution. Ils ne sont pas de mauvais vouloir, ils ne sont pas non plus de mauvaise intention; mais ils se feront des frictions avec le sirop qui avait calmé leur toux et, d'autres fois, ils viendront réclamer l'assistance médicale, car ils se sont piqués le doigt. Comme en bien des choses, nous ne pouvons expliquer leurs réactions en jugeant avec la seule mentalité européenne. Elle nous semble paradoxale, alors qu'il n'y a qu'une insouciance sans borne.

Il n'y a pourtant pas que cela à intervenir.

Les indigènes sont méfiants

Ils vont se précipiter au dispensaire pour une égratignure, disons-nous, mais avec la même ardeur, avec

la même obstination qu'ils mettent à attendre leur tour, ils vont dissimuler leurs maladies.

Tous les médecins que l'on rencontre insistent sur cette difficulté qu'il y avait à dépister les typhiques au cours de la dernière épidémie : « Malheureusement, en milieu autochtone, les familles ont une propension marquée à ne pas signaler aux autorités la présence à leur foyer d'un cas dont cependant la nature leur est bien connue. Soit par fatalisme, soit par crainte de voir intervenir le personnel chargé de la prophylaxie, elles s'abstiennent volontairement de toute déclaration et dissimulent avec soin leurs malades; parfois même les font sortir et rendre visite à d'autres familles pour mieux donner le change aux voisins, aux moqqadémines (1). » Et, dans la même publication, il est dit que : « Il faut surveiller à Marrakech 31 hammams, 69 fondouks, 179 cafés maures » et que « les obligations des prospecteurs étaient lourdes, pénibles, en raison du soin que les familles apportaient à dissimuler leurs malades (2) ».

Dans d'autres cas, il s'agit non plus de mauvaise volonté, mais de coutume locale ou de prescriptions religieuses. C'est ainsi que l'examen de tous les enfants des écoles n'est pas encore possible sans heurts et il convient d'éviter ceux-ci le plus possible.

« Pour des raisons de politique indigène on a cru devoir dispenser les jeunes filles des écoles musulmanes et les externes du collège de Rabat. Ces précautions se justifient pour qui connaît les sentiments de pudeur exagérée des citadins et leur résistance à se montrer nu à l'examen médical. Cependant, à Azrou et à Khemisset (gros centres montagnards et

1. Les moqqadémines sont les agents de police indigène.

2. *Gaud-Bonjean*, id.

ruraux), nous n'avons rencontré aucune réticence, et les enfants se sont montrés nus devant nous, tandis qu'à Fez et à Rabat, pour éviter tout choc moral, nous leur avons permis de garder leur culotte (1).

Ces difficultés sont une des raisons pour lesquelles l'inspection médicale scolaire est encore peu développée. Les milieux musulmans, quand ils ne sont pas prévenus contre elle, la négligent.

On a bien essayé de prendre quelques mesures d'obligation, mais cela est difficile, car on ne veut pas instituer l'état civil ou les déclarations obligatoires de naissances, de mariages et de décès. On aurait pu, par exemple, supprimer la corporation des Kablas, les matrones indigènes. On ne l'a point fait, et à juste raison. Elles sont peut-être sales, mais elles sont parfois assez expérimentées ou intelligentes. Leur présence, je crois, vaut mieux que rien et, comme elles sont surveillées, ce sont peut-être celles parmi les indigènes qui exercent la médecine avec le moins de danger. «Elles sont pourvues d'une carte d'identité qu'elles doivent montrer à toute réquisition et tenues de faire immédiatement à la maternité la déclaration des accouchements anormaux, sous peine de sanctions disciplinaires prononcées par le Pacha (2).

Quant au médecin français, il voit encore peu de femmes enceintes ou en travail. Cette branche de la médecine est à coup sûr la moins développée au Maroc. L'indigène voit dans l'accouchement et dans les actes qui l'entourent une sorte de fait et de rite reli-

1. *Gaud* : Les influences climatiques sur le développement de l'enfant au Maroc. In : *Revue Coloniale de Médecine et de Chirurgie*, 15-3,36.

2. Direction de la Santé et de l'Hygiène Publique, 1930.

gieux. Dès que la religion entre en jeu, l'influence française, l'estime même du médecin, il faut bien le dire, paraissent disparaître complètement. Dès que l'on veut aborder les côtés métaphysiques de la mentalité arabe — et ils sont nombreux — on voit bien souvent surgir une méfiance que l'on n'avait pas encore découvert sur d'autres terrains.

Dans un autre ordre d'idée, nous verrons plus loin que cette surveillance que l'on veut établir sur les accouchements, si elle peut être encore relativement aisée en milieu urbain, devient presque impossible en milieu rural.

Le Marocain est encore attiré par le médecin indigène

Il y a toute une catégorie de malades que l'on ne voit pas ou que l'on voit par intermittence : ceux qui constituent la clientèle des médecins indigènes, des sorciers ou des barbiers de souks; ces barbiers sont un peu sorciers, un peu chirurgiens, un peu médecins aussi — les barbiers français l'étaient bien autrefois, et se chargeaient somme toute des mêmes besognes que les barbiers marocains : les saignées. L'enseigne actuelle des coiffeurs : le bâton blanc torsadé de rouge et de bleu figure le paquet de lancettes cerclé de bandelettes que le barbier emportait avec lui quand il opérait en ville.

Revenons à la sorcellerie marocaine. « C'est, au Maroc, la seule institution solidement établie, écrivait Mauchamp en 1906 à un moment où l'autorité du maghzen lâchait par toutes les races. Juifs et musulmans s'entendent à merveille pour admettre l'inter-

vention constante des diables dans les moindres détails de la vie quotidienne (1). »

L'indigène, mis maintenant en présence des médecins français, les met en concurrence avec ses propres médecins, procédant un peu comme la ménagère avec ses fournisseurs. Mais, déjà, il y a toute une série de maladies où la thérapeutique scientifique l'a emporté. Il est heureux qu'il s'agisse des grandes endémies nord-africaines : la syphilis, le paludisme.

L'indigène constate les bienfaits que la médecine française lui apporte sur ces questions. Il constate que le Novar fait fondre ses lésions, et, maintenant qu'il ne craint plus la piqûre, que les moins évolués y voient peut-être une sorcellerie raffinée, il la réclame. Il trouve un rapport mathématique entre elle et sa guérison apparente. De même pour la quinine.

Il est heureux que le médecin ait eu à sa disposition, contre ces maladies si fréquentes au Maroc et si menaçantes, des armes aussi évidemment efficaces.

Il n'en est malheureusement pas de même pour d'autres peines et les médecins indigènes trouvent encore un certain succès auprès des tuberculeux et des rhumatisants.

Pour ceux-ci le mal, malgré tout, n'est pas terrible. Il s'agit de rhumatismes chroniques, déformants, sur lesquels les thérapeutiques modernes sont peu efficaces. Mais, pour les tuberculeux, on assiste évidemment à des désastres. Il est frappant de voir quels sont les tuberculeux que l'on a à examiner dans les hôpitaux. J'ai pu voir dans le service du Dr Deligné une collection de radiographies de tuberculeux. Elles étaient étonnantes par leurs analogies. Toutes parais-

1. In *Cruchet*. Id.

saient calquées sur le même modèle : des lésions ulcéro-caséeuses sur tout un champ pulmonaire, des lésions analogues beaucoup plus localisées, souvent voisines du hyle, sur le champ opposé. Au point de vue clinique, le malade cachectique dyspnéique, avec une fièvre hectique. On peut trop bien reconstituer l'histoire de ces malades. Au début, ils toussent un peu, ils maigrissent. Tantôt, ils pensent au médecin français, mais ils pensent aussi qu'ils doivent être profondément malades et s'effraient d'un long isolement. Tantôt ils ne pensent à presque rien, demeurent insouciantes. Tout s'aggrave. On n'était pas allé au médecin français, on y va encore moins alors; mais au médecin indigène. Il prescrit une poudre, une décoction, il fait une saignée avec ses petites ventouses métalliques où il aspire par un chalumeau, et tout s'en tient là. Le tuberculeux maigrit, crache, saigne, sa maladie est devenue fatale. Alors il s'affole; en désespoir de cause il va à la consultation; mais ce n'est plus qu'un agonisant.

En serait-il autrement que la situation ne serait guère meilleure. Le pneumothorax, s'il était accepté, ne serait pas assez bien suivi pour être efficace : en tuberculose plus que dans aucune autre maladie, l'intelligence (en prenant ce mot dans son sens le plus large) du malade est d'une grande ressource. Quant aux sanatoriums, on pourrait parfaitement en créer et en développer. Il y en a, en Algérie, qui répondent aux données climatiques les plus exigeantes. Ils ne seraient pas fréquentés. Déjà l'hospitalisation d'un malade ne va pas sans peine, sans discussion, sans palabres. La cure, avec tout ce qu'elle signifie, d'une part, pour la famille, comme éloignement, comme séparation, comme durée; d'autre part, pour le malade, comme dépaysement dans l'espace et dans le mode de vie, comme astreinte de toutes les heures, ne saurait

pas être admise. Et si même on parvenait à arracher le malade à sa famille et à son milieu, il s'enfuirait de son lieu de cure sans penser que par sa présence chez lui il se met dans des conditions toujours très défavorables et qu'il contamine son entourage.

Dans l'état actuel de la mentalité marocaine, le sanatorium est impossible. Il est impossible parce que l'indigène ne comprend pas.

L'indigène ne comprend pas

Et il est tout de même bien excusable.

La civilisation européenne n'a pénétré dans ce pays que depuis une trentaine d'années. Auparavant, le Maroc était muré dans ses prescriptions coraniques et dans ses traditions gouvernementales faites à la fois de tyrannie et d'anarchie. Il est banal de dire qu'au début du siècle le mode de vie des Marocains correspondait au mode de vie occidental du Moyen Age. Ce n'est pas en trente ans que l'on peut exiger une évolution qui, pour l'Occident européen, a duré plusieurs siècles. La présence de la France a déjà modifié bien des choses. On ne peut trop demander à la fois, surtout si l'on veut rester fidèle aux doctrines qui ont jusqu'à présent commandé l'expansion française. Il faut constamment se rappeler que le Maroc n'est pas une colonie et que si le mot protectorat a un sens très étendu, il a pourtant des limites. Donc, et surtout au point de vue médical, toute contrainte agirait exactement à l'encontre des désirs du protectorat. Elle déclencherait des animosités, des mauvaises volontés qui sont, on le conçoit, extrêmement nuisibles.

Cette incompréhension est donc aussi une des causes pour lesquelles la médecine française ne contrôle pas encore tout l'état sanitaire du Maroc.

Les indigènes ne comprennent pas, par exemple, que le développement de l'enfant puisse intéresser le médecin. Ils ne comprennent pas l'intérêt qu'il y a à examiner ou à faire examiner des enfants qui paraissent bien portants ou qui le sont effectivement. « Il est actuellement difficile, constate le D^r Gaud, d'avoir des renseignements nombreux et précis sur les enfants indigènes. D'abord parce que l'état civil n'existe pas chez les indigènes du Maroc et que la fixation de l'âge est difficile. D'autre part, des enquêtes médicales de cet ordre ne peuvent être faites sur les enfants du sexe féminin. Les fillettes indigènes ne vont pas dans les écoles et les quelques filles de notables qui s'instruisent dans les établissements d'éducation ne se prêteraient que très difficilement à des investigations médicales dont les Marocains ne comprennent nullement l'intérêt¹. »

Quant aux régimes de l'enfance, aux dosages méticuleux, aux changements progressifs qu'ils comportent, on sait qu'ils sont encore bien irrégulièrement appliqués en milieu européen. Ils sont vraiment inapplicables en milieu marocain.

Pour la même raison — parce qu'ils se portent bien et qu'ils ignorent encore les règles de la prophylaxie — ils ne comprennent ni la valeur ni la nécessité des vaccinations. Je ne veux pas parler de la vaccination antivariolique qui est à peu près passée dans les mœurs, mais de la vaccination antityphique.

1. Gaud : Influences climatiques sur le développement de l'enfant au Maroc. Id.

Les équipes de vaccination, en faisant cerner les derbs qui devaient être vaccinés, avaient prévu le fait et y avaient ainsi paré. Il y a des actes de la vie qui paraissent plus nécessaires aux indigènes qu'une vaccination : « Nous ne devons pas nous dissimuler que ces éléments (les travailleurs d'usine, dockers, domestiques, qui habitaient les derbs contaminés) n'hésiteraient pas à tenter d'échapper à la vaccination, afin de pouvoir être à leur travail à l'heure ordinaire, sous peine de perdre le salaire de leur journée. Et l'on ne saurait en vérité leur en vouloir s'ils préférèrent se distraire à des mesures de prophylaxie dont l'intérêt leur échappe, parce qu'ils en ignorent l'utilité, alors que l'obligation de gagner leur vie leur apparaît à juste titre impérieux¹. »

Dans un autre ordre d'idées, ils ne comprennent pas l'utilité de poursuivre les traitements. Les séries de novar sont rarement terminées. Une fois qu'ils ont atteint le résultat désiré, la cicatrisation du chancre par exemple, les indigènes disparaissent des consultations. Ils reviendront pour faire traiter les accidents secondaires, mais avec bien souvent aussi peu d'assiduité. Cette irrégularité du traitement entre sûrement pour une bonne part dans la gravité des syphillis marocaines.

La chirurgie enfin a été longue à entrer dans les médinas; il y avait dans les thérapeutiques trop de mystères et trop de dangers apparents. Actuellement, les succès impressionnants que le chirurgien leur montre, la compréhension et l'exemple des notables

1. *Gaud-Baujean* : L'épidémie du typhus au Maroc d'octobre 36 à septembre 36. In : Bulletin de l'Institut d'Hygiène du Maroc (VI-IX-37).

qui sur tous ces chapitres, il faut bien le souligner, sont les plus précieux aides des médecins français, l'intervention que subit le sultan, il y a quelques années, à Rabat, ont maintenant ouvert à peu près tous les foyers urbains à la chirurgie. Mais il reste des résistances parmi les humbles. Citons une aventure bien caractéristique survenue au Dr Dubois-Roquerbert, chirurgien à Rabat. Après avoir examiné la fille d'un notable, il décide d'intervenir. Après bien des discussions, il persuade le père, la mère, les frères, toute la famille. On fixe le jour de l'intervention, qui, naturellement, se fera à domicile, car il s'agit d'une femme et qu'elle ne sortira guère de chez elle que pour entrer dans la maison de son mari. A l'heure dit, le chirurgien arrive avec tous les instruments, tous les champs nécessaires; mais au moment de pénétrer dans la chambre, la servante noire lui barre la porte. Il n'avait pas pensé à convaincre celle-là et il dut s'en retourner sans avoir pu opérer.

Il est non moins vrai que lorsque les indigènes ont compris l'utilité des traitements, lorsqu'on est parvenu à leur inculquer certains principes, ils les suivent méticuleusement, ils les appliquent un peu comme ils appliquent les rites religieux. On ne peut vraiment pas leur expliquer la stérilité des seringues, des aiguilles, la nécessité par exemple de ne saisir les instruments que par certains endroits. Il faut les en persuader. Je suis convaincu que certains infirmiers indigènes du Sud qui ne font aucune faute d'asepsie pensent à quelques maléfices étranges qui se développeraient s'ils faisaient une erreur de ce genre. Les microbes deviennent des démons.

De même pour les vaccinations; une fois que les populations ont compris l'utilité de ces mesures, elles développent un zèle sans réticences. Au cours des séances dont nous avons parlé plus haut les rap-

porteurs constatent que : « Dès le premier moment d'appréhension passé, c'était avec empressement que des files entières venaient se présenter à l'aiguille des vaccinateurs. »

Ils négligent les prescriptions d'hygiène de leur religion

Cette insouciance, cette méfiance, cette incompréhension, voilà autant d'obstacles à la pénétration médicale, ou plutôt, autant d'états d'esprits qui la freinent, car on ne peut pas ne pas répéter que l'indigène, à tout prendre, n'est pas de mauvais vouloir.

On a dit pourtant que la médecine française pourrait mieux pénétrer les musulmans qu'en Afrique noire, parce que l'Islam enseignait des principes d'hygiène. Cela est en vérité à peu près faux, car ces règles d'hygiène ne correspondent à rien d'efficace, à rien de réellement pratique.

Le Coran leur prescrit des ablutions multiples puisque toutes les prières de la journée doivent en être précédés et puisqu'il est dit qu'il ne faut pas se présenter sale devant le Seigneur. Et ils sont pourtant indéniablement sales; ils ne quittent pas leurs djellabas pendant de longues semaines. Ils sont, pour beaucoup, les hôtes constants des poux et des puces dont ils devraient pourtant se prémunir car ils savent bien que ce sont de dangereux parasites. Mais ils sont insouciants et plutôt que de s'épouiller, ils préfèrent le farniente et les démangeaisons.

Et que reste-t-il de ces fameux principes coraniques?

Des symboles dont la signification leur échappe et

qu'ils appliquent encore quand cela est possible, ce qui n'a pas toujours lieu. Il est bien inutile de dire que les ablutions rituelles sont bien sommaires. Il en est de ces ablutions comme du rite du baptême catholique. Autrefois, c'était une immersion complète, maintenant quelques gouttes d'eau douce.

L'indigène se comporte en face de ces règles avec la mentalité paradoxale qu'il présente pour toutes choses. Car, enfin, avec quelle conscience ne les voit-on pas pratiquer les marques extérieures de la piété et les jeûnes rituels et des obligations sans intérêt, comme celle de ne pas émettre de gaz en public, et avec quelle constance ne reste-t-il pas sans se laver au sens véritable du mot. Ils ont des « règles » qui sont même dangereuses. Après être passé aux latrines, ils se nettoient avec le doigt. Ils ne se lavent pas les mains et peuvent aller partager un aliment quelconque par la suite. Ainsi se propagent les épidémies les plus graves.

Faudrait-il alors réformer ces coutumes, ces « caïdas » dangereuses ? On se heurte alors aux obligations politiques du protectorat, et nous avons vu qu'il n'y a rien de plus dangereux pour l'établissement français que de toucher aux questions religieuses. Il faudra beaucoup de patience et beaucoup de temps pour changer cela.

Les juifs marocains, qui sont si près pour ces choses des musulmans, ont des règles d'hygiène qui sont aussi inexactes : après le sacrifice des animaux de boucherie, des rabbins examinent les poumons, mais seulement la surface pleurale. L'intention certes est excellente, mais « il est à remarquer que cet examen des animaux, qui semble s'inspirer d'un certain souci d'hygiène, n'a que peu d'efficacité pratique puisque souvent une adhérence minime peut faire éliminer une bête parfaitement saine, alors que des lésions

très marquées dues à une maladie ou à des parasites (ténia ou kystes) n'auraient aucune importance si l'inspection sanitaire n'avait, par la suite, son mot à dire¹ ».

Mais les réactions indigènes s'améliorent de jour en jour

Les voilà pourtant présentées sous un angle un peu sévères; mais elles sont exactes, et il convient seulement de les situer dans le temps. Nous disions plus haut que les notables peuvent être sur ces questions d'hygiène et de prophylaxie les meilleurs et les plus forts agents de l'introduction générale de la médecine française au Maroc. On peut trouver auprès d'eux un appui total. Instruits dans des écoles françaises, en relations constantes avec des Européens, ils ont sur tous ces faits de la civilisation moderne des données qui se sont plus dépouillées des données religieuses erronées que suivent encore aveuglément les familles populaires. Les foyers notables, bien ouverts à la pénétration française, doivent être mis à part et il faut établir deux grandes divisions : la population urbaine, la population rurale.

La première est fixe, relativement contrôlable, les règles médicales y circulent par le voisinage des villes-nouvelles. Par les avantages qu'elles ont reçus depuis longtemps du fait de leur groupement, ces

1. *Mathieu, Baron, Lummare* : Etude de l'alimentation au Mellah et contrôle de l'état de nutrition de ses habitants. In : Bulletin de l'Institut d'Hygiène au Maroc (VIII-XII-1938).

populations sont nettement plus atteignables que les autres. La chirurgie, la nécessité des séries de Novar, les prescriptions un peu complexes peuvent être comprisesg. A tous points de vue, elle est plus abordable et elle est plus évoluée.

La plupart des déceptions que l'on peut attendre viennent des milieux ruraux. D'une part, les postes d'assistance médicale sont plus rares, les kilomètres qu'il faut faire pour les atteindre rebutent l'indigène et retardent leur renommée. On sait que ces gens viennent aux souks, et dans le voisinage immédiat on installe une infirmerie. Elle a grand succès et on commence des traitements; mais pour une raison ou pour une autre, le campagnard ne retourne pas régulièrement aux souks ou bien il se déplace. Il n'ira pas évidemment chercher au jour dit une infirmerie et réclamer sa piqure.

C'est encore auprès de ces populations que les règles d'hygiène vont être les plus longues à mettre en œuvre.

Ainsi voit-on arriver à la consultation un malheureux bébé couvert de plaies, de croûtes et de mouches. On établit une ordonnance, on la fait répéter par l'infirmier, répéter par les parents, on leur explique les soins dans les plus grands détails, on essaie de prévenir toutes les erreurs que l'on peut prévoir, mais on ne peut hospitaliser l'enfant; il repart avec sa mère pour le douar misérable et on le revoit rarement. Il est bien aléatoire de penser que la mère va se rappeler de tout ce qu'on lui a dit car on ne peut lui donner l'ordonnance écrite : elle ne sait pas lire. Il est bien aléatoire aussi de penser qu'elle va faire le juste usage de la pommade et des drogues, qu'elle ne va pas prendre l'un pour l'autre. On fait de son mieux, mais comme on ne peut guère contrôler, on ne peut guère guérir.

Ce sont ces populations rurales qui seront les plus lentes à améliorer et ce sont celles qui vivent dans les conditions les moins bonnes, car leur mode de vi est étroitement liée aux circonstances économiques et atmosphériques qui maintenant entrent évidemment peu en ligne de compte pour les populations urbaines. Et pourtant ce sont ces populations rurales que le protectorat a le plus besoin de sauvegarder et d'améliorer : le Maroc est une terre de cultivateurs.

C'est sur elle que l'effort doit être la plus tenace, car ce sont les plus malheureuses, et c'est sur elle qu'il est le plus difficile, car elles sont disséminées. Mais parce qu'il y a beaucoup à faire, le rôle du médecin dans ces zones est le plus noble. Il peut être quelquefois la source de déceptions; mais on ne saurait trop dire qu'il est l'un de ceux qui rendent le plus de service au protectorat français.

IV

AVENIR DE LA MEDECINE AU MAROC

Si, actuellement, on ne peut dire que, au Maroc, tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes, — où peut-on le dire d'ailleurs? — il est indéniable que l'on peut beaucoup espérer, que l'avenir de la médecine au Maroc doit être heureusement envisagée.

Il faut compter sur l'estime de l'indigène

Je ne crois pas qu'il faille beaucoup attendre de la reconnaissance indigène. Elle existe, elle se manifeste même parfois, quoique rarement, mais elle est instable et n'est pas très agissante. D'ailleurs, le médecin français n'a pas à en demander. « La puissance protectrice... n'étant pas un pouvoir indigène... se trouvait dans l'obligation morale de justifier sa domination par des bienfaits¹. » Il faut comprendre la médecine parmi les bienfaits que l'indigène est en droit de demander à la France et que le médecin a le devoir de lui donner.

La reconnaissance, comme nous la comprenons, est partout un sentiment bien faible; je ne dis pas qu'elle n'existe pas au Maroc, elle existe comme partout ailleurs; mais moins qu'ailleurs on peut la réclamer ou compter sur cela pour établir l'avenir de la médecine marocaine.

1. *René Pinon* : Fin des Temps héroïques (Berger-Levrault.)

L'estime du médecin, le prestige du « guérisseur » sont des sentiments sur lesquels on peut beaucoup mieux calculer, car ils tiennent une grande place dans la mentalité indigène. Il réagit aux bienfaits par du respect, par de la confiance. Et cela ne revient-il pas au même?

Il y a quelque chose, dans la reconnaissance, de personnel, de non diffusible qu'il n'y a pas dans le respect. Plusieurs hommes même très profondément reconnaissants ne peuvent trouver aucun biais pour inculquer ce sentiment à leurs semblables, car chez ceux-ci ils manquent le bienfait qui avait déclenché cette réaction. Il y a indéniablement quelque chose de contagieux dans le respect. Il est difficile de mépriser totalement un homme que l'on voit saluer profondément, devant qui l'on s'incline, ou qui reçoit tout autre marque d'estime. Le respect de quelques-uns est sûrement au moins l'origine d'un préjugé favorable de plusieurs. La moindre bonté que l'on aura pour ceux-ci sera d'emblée beaucoup mieux appréciée.

Ce sont donc les médecins eux-mêmes qui serviront d'abord l'expansion de leur art et, par contre coup, de leur patrie. Il est indéniable que des médecins comme Linarès, et, aujourd'hui, comme Christiani, à Fez, comme Bouveret à Mogador, comme M^{lle} Langlais à Rabat (pour ne citer que ceux-là et pourtant ils sont légion) ont joué ou jouent un rôle considérable dans l'établissement du protectorat. Ils ont droit à toute la reconnaissance des Français.

Comme dans tout l'Islam, il y a ici une question de personne qui domine toutes les autres. On n'ira jamais chez un médecin anonyme ou inconnu; on ira chez le toubib un tel. Il en est de même pour les officiers d'affaires indigènes et les contrôleurs civils. L'indigène n'ira pas exposer ses requêtes à l'homme

qui représente la France, il ira chez celui-ci ou chez celui-là qu'il connaît par son nom, et dont il a été à même de juger l'action. S'il respecte la nation protectrice, s'il s'y attache, ce ne sera jamais directement, ce sera à travers cet homme qu'il connaît et qu'il estime.

Et, si l'on peut attendre beaucoup de la médecine française au Maroc, c'est qu'il se trouve pour l'exercer un corps d'élite.

L'action médicale doit surtout tendre à améliorer l'hygiène de l'indigène

Et il y a encore beaucoup à faire.

Cela tient, on l'a vu, à l'insouciance, à la méfiance, à l'incompréhension, cela tient aussi à la saleté dans laquelle vivent les Marocains. Précisons bien qu'il ne s'agit pas ici des milieux notables, mais des milieux urbains populaires et des milieux ruraux.

D'ailleurs, ce n'est pas une saleté due à l'homme, c'est une saleté due à l'époque réelle à laquelle ils vivent en ce moment ou dans laquelle ils se sont maintenus.

Je veux évoquer ici la forme la plus caractéristique que l'on rencontre derrière l'Atlas, dans les kasbahs qui se trouvent le long des oueds.

On les connaît encore mal. Ce sont des entassements d'architectures fantastiques, des catastrophes de géométries ocres ou carmins sur lesquelles le soleil découpe les plus impressionnants damiers d'ombres et de clartés.

Au point de vue artistique, c'est à coup sûr une des plus merveilleuses choses du Maroc. Au point de vue

hygiénique, une des plus malheureuses. « L'hygiéniste, m'écrivait un médecin du protectorat, a le droit de haïr le pittoresque qui, bien souvent, est à base de saleté, d'antiques erreurs et d'esprit coutumier. » Il est évident que lorsqu'on pénètre dans ces kasbahs, on passe par de longs passages obscurs, humides, nauséabonds, sur lesquelles on a construit les habitations. Sur des pans de murs, hauts comme des immeubles de 6 étages et plus ne s'ouvrent qu'une ou deux ouvertures. Les fumées ne s'échappent par aucune cheminée, les eaux ne s'écoulent que si la rue, si l'on peut appeler cela ainsi, est en pente. Aucune latrine, bien entendu, les rues en tiennent lieu. Des mouches, des moustiques, des poux. Comment après cela s'étonner d'une mortalité infantile qui serait fatale au Maroc si l'indigène n'était pas aussi prolifique?

Mais cela est l'exemple maximum.

Au nord de l'Atlas, le tableau est infiniment moins grave. Marrakech est encore influencé par le voisinage et les habitudes de ces kasbahs, mais Fez, mais Meknès, mais Rabat ont des médecinas qui pourraient être parfaitement saines. On peut y organiser le confort urbain, moderne, et ces populations peuvent en saisir l'usage et l'utilité, *car ce sont des populations urbaines évoluées*. Cette séparation en population urbaine et population rurale est considérable, ne l'oublions pas. Elle donne la clef de beaucoup de problèmes.

Il faut s'efforcer de fixer la population flottante

Car si l'on peut, dès maintenant, assurer l'hygiène dans les villes, on n'aura encore achevé qu'une partie du travail d'assainissement. En effet, on aura peut-être pu améliorer les choses, mais on n'aura encore pas pu juguler l'afflux de cette population qui est un des plus gros facteurs — sinon le plus gros — de la propagation des épidémies, car *cette population voyage, car elle est dangereuse.*

Elle voyage.

« Marrakech est une cité de vie intense dont la population fixe est évaluée à 200.000 habitants et qui voit quotidiennement arriver par ses portes des milliers et des milliers de ruraux, les uns venant s'y ravitailler ou s'y distraire, les autres, miséreux, chassés de leur pays improductif, venant chercher du travail et solliciter la charité...

« Il faut avoir vécu à Marrakech en novembre 37 pour avoir une idée du fourmillement d'une population resserrée dans ses murs séculaires, entassée en une promiscuité incroyable dans les habitations, les fondouks, les zaouias, les hammams... On conçoit... combien aisément pouvait s'effectuer l'échange des parasites dans une population plithorique, au surplus insouciant et fataliste qui ne cherchait qu'à dissimuler ses malades et ses morts aux agents sanitaires chargés de la prospection.

« *...C'est dans la population pauvre, celle des réfugiés, que se sont produites les premières manifestations de la maladie. Cette population errante a ensuite contaminé l'élément fixe, musulman et euro-*

péen, mais ce sont naturellement la médina et le mellah qui ont surtout fait les frais de l'épidémie en égard au surpeuplement.»

Elle est donc éminemment dangereuse.

On l'a bien vu au cours de cette dernière épidémie de typhus qui a amené le corps médical à de nombreuses et fructueuses conclusions.

A Rabat, on a observé 28 cas de typhus dans la Médina, 12 dans le Mellah. Ces cas concernant donc des indigènes musulmans ou israélites fixés dans la ville. En contre-partie, on a noté 40 cas sur les errants sans domicile fixe ou rafflés dans les fondouks, 20 de ceux-ci concernaient des indigènes arrivés à Rabat, qui est relativement peu passante par rapport à Marrakech ou à Fez, la population d'errants, inférieure à la population fixe a présenté autant de cas morbides.

Au douar Debagh, il y a eu 100 cas, 45 concernaient des indigènes arrivés dans ce faubourg de Rabat depuis moins d'un mois.

Ces chiffres montrent bien en quelles fortes proportions ont été atteints les étrangers à la ville et quelle responsabilité ils ont dans la contamination arabe. Le rôle des douars suburbains apparaît également en toute lumière puisque au seul douar Debagh, il y a eu deux fois plus de typhiques : 208 atteints en tout, 102 dans ce douar.

La sécheresse est à l'origine de bien des épidémies

Mais plus que toutes ces conditions sociales, le redoutable ennemi du progrès médical en pays marocain, dont on n'a pu encore contrebalancer l'action

est la sécheresse. Elle est le premier maillon d'une sorte de chaîne fatale où chacun signifie une somme plus grande de malheurs. Elle se répand sur tout le pays mais surtout évidemment au Sud.

Prenons l'exemple de ces populations. Que se passe-t-il en période de sécheresse ?

Dans les palmeraies qui longent les oueds, les cultures se sont rapidement deséchées. Le blé qui a pu pousser à donner des maigres grains et peu de farine. Ces paysans, les plus favorisés pourtant, en sont réduits à vivre sur les réserves, toujours pauvres.

Les populations des montagnes, encore plus déshéritées, espèrent trouver quelques secours dans la plaine. Elles y descendent, elles y affluent, et le nombre de bouches affamées s'élève encore. Alors ceux-ci et ceux-là, toujours à la recherche d'une ration normale, émigrent vers les villes où ils espèrent avoir de la nourriture et des parents accueillants pour un laps de temps indéterminé. Ce voyage fatigue déjà une population vivant en temps normal avec une hygiène défectueuse et qui en temps de disette devient une proie facile pour n'importe quelle maladie, mais surtout pour le typhus, transmis par les hôtes constants de ces nomades : les poux.

Ils arrivent fatigués, ils arrivent même malades. Ils s'entassent alors dans des habitations déjà sanitairelement défectueuses. Ils ne font que contaminer leurs hôtes trop complaisants.

Voilà à peu près tout le cycle dont chaque élément naît du précédent et que la sécheresse commande. C'est elle qui engendre la misère, qui engendre à son tour l'exode, puis la maladie, puis l'épidémie.

En partie à cause d'elle, MM. Gaud et Bonjean purent prévoir la dernière épidémie de typhus : « Nous devons nous attendre, disent-ils dans d'avant-propos

de leur rapport sur l'épidémie d'octobre 1937 à novembre 1938, à cette recrudescence de l'épidémie de typhus (celle survenue d'octobre 1936 à septembre 1937) pour deux raisons; d'abord parce que la courbe des cas observés en août et en septembre n'était pas tombée à zéro, ensuite parce que les conséquences économiques de la sécheresse de 1937 et de la misère qui en était résultée, devaient avoir leur plein effet et leur répercussion au cours de l'hiver 1937-1938¹. »

Et même sur la genèse du typhus, ces conditions ont une importance considérable. On peut considérer, en effet, à la suite d'Ed. Sergent, le typhus comme une maladie à prémunition « puisqu'elle entraîne comme important corollaire la nécessité d'utiliser un vaccin à base de virus vivant pour assurer la prémunition artificielle. Et il (Sergent) admet que dans des régions d'endémies, où la population est très parasitée, des causes occasionnelles tels que les privations, la faim, le froid peuvent faire apparaître des bouffées épidémiques vraisemblablement par pullulation du germe nocif dans le sang des sujets prémunis, mais chez lesquels l'état de moindre résistance a déterminé une altération fonctionnelle du tissu réticulo-endothélial². »

1. *Gaud-Bonjean*. Id.

2. *Gaud-Bonjean* : Considérations sur l'épidémiologie du typhus dans l'Afrique du Nord. In : Bulletin de l'Institut d'Hygiène du Maroc (IV-IX-1937).

**Pour améliorer ces conditions de vie
l'action médicale a besoin de l'aide
de toutes les administrations du protectorat**

La lutte contre le typhus, par exemple, qui est la plus urgente car il s'agit de l'endémie la plus grave, nécessite la coordination d'efforts dans tous les domaines et un bon nombre de problèmes qui se posent ne peuvent être résolus que par une longue et persévérante application dépassant le plan médical dont l'action prophylactique propre doit, elle, s'exercer de façon précoce et rapide.

Services municipaux.

Envisageons par exemple deux mesures qui, on va le voir, doivent être exécutées sur un mode et avec une rapidité différente. Toutes deux ont pourtant la même nécessité. Ce sont toutes deux des œuvres de prophylaxie, mais la première demande une application rapide et rigoureuse, brutale parfois. La seconde est de longue haleine et permet l'étude de plans adéquats.

Ces mesures portent sur les douars suburbains.

D'une part, en période de disette et d'épidémie, on sait le rôle néfaste de la population flottante qui atteint un chiffre presque égal à la population stable. Cette population, il faut la contrôler par des rafles, la parquer dans des centres d'assistance où on épouille les indigènes, les nettoie, les soigne. Il faut la refouler enfin, nantie d'un viatique, si cela est possible, vers ses régions d'origine. Cela demande, on le conçoit, une action rapide et complète, je veux dire s'appliquant à tous les indigènes errants.

D'autre part, il convient pour juguler les épidémies d'améliorer ces faubourgs « en les dotant d'un urbanisme étudié permettant l'application des règles essentielles de l'hygiène. Si l'on arrive à réserver l'accès de ces cités aux sédentaires de petit moyen, on aura fait un grand pas dans la protection contre les épidémies apportées par les errants. Il sera, en outre, plus aisé de trouver une formule d'habitation offrant aux usagers des conditions de vie en rapport avec leurs faibles ressources, formule qui offrira au point de vue de la prophylaxie les plus sûres garanties. Il y a lieu de faire des constructions simples, de surveillance facile, faute de quoi les habitants seront tentés d'accueillir des hôtes en surnombre en sous-louant parfois une partie de leur logis trop exigü pour eux¹. »

Ces mesures d'ordre municipal qui sont des travaux de longue haleine ne peuvent avoir leur plein effet que si parallèlement sont appliquées toutes les autres d'ordre politique ou administratif desquelles elles ne constituent qu'un chapitre.

Travaux publics et agriculture.

Le service des Travaux publics en développant l'irrigation améliore et régularise les conditions climatiques. Dans ce sens, *le barrage de l'Oued Beth*, dans la région de Sidi-Slimane, apporte à toute la région et au delà non seulement la **force motrice**, mais des possibilités d'irrigation considérables qui peuvent porter sur une étendue de 300.000 hectares,

1. *Gaud et Bonjean* : L'épidémie de typhus d'octobre 37 à septembre 38 et *Gaud et Sicault* : L'habitat indigène au Maroc. In : Bulletin de l'Institut d'Hygiène au Maroc (I-II-38).

irrigation qui peut être assez constante et assez abondante pour permettre la culture du coton.

Ainsi va se développer une source de richesse qui, par contre coup, va être une source de meilleure hygiène.

D'un autre côté, le même service en surveillant les canaux et leur entretien peut éviter leur embourbement, la stagnation des eaux qui sont des facteurs favorables au développement des moustiques.

Finances.

Les services financiers doivent aussi participer à cette amélioration des conditions de vie des indigènes. Ils peuvent, en effet, consentir des moratoires ou des prêts aux indigènes appauvris par les circonstances et qui n'ont pas pu payer leurs redevances.

Le gouvernement du protectorat, dans son ensemble, va participer à cette action prophylactique déclenchée par le médecin. On sait que c'est la seule véritablement efficace.

« Il lui appartient, souligne l'instruction du résident général, d'organiser la lutte contre la misère et les effets qui en découlent.

« Une des grandes causes de la misère est la sécheresse, l'insuffisance de précipitation fluviale entraînant des récoltes insuffisantes et nulles. Un vaste programme comprenant des travaux de grand et de petit hydraulique doit permettre l'emploi de toutes les eaux dispersables.

« L'ouverture de chantiers importants permet d'assister par le travail des miséreux et leurs familles. A ceux femmes, vieillards, enfants, qui ne peuvent travailler, des vivres sont distribués en nature.

« Pour protéger les grands centres urbains contre l'afflux des habitants et des régions déshéritées qui sont les vecteurs habituels des maladies épidémiques, des mesures d'assistance et de prévoyance

sont prises pour tenter de fixer à son sol ingrat le fellah malheureux en lui fournissant, par des prêts, les moyens de travailler et de préparer la récolte prochaine¹. »

Voici deux exemples pour illustrer le texte qui précède :

Le premier est de date toute récente. Il consiste à faire entrer en France les populations berbères qui sont le plus à la merci du climat, les berbères du Souss surtout, qui sont aussi les plus travailleurs. Il ne s'agit que d'une immigration saisonnière. Elle commençait, sous l'initiative du capitaine Huot, à prendre une expansion tout à fait favorable. On les dirigeait notamment — la guerre évidemment change beaucoup tout cela — sur les régions de culture de l'Ile-de-France et des environs où les cultivateurs employaient auparavant des Polonais et des Tchécoslovaques. Ceux-ci, cette année, se sont vus refuser leurs passeports par l'Allemagne et les agriculteurs se sont trouvés fort bien de la nouvelle main-d'œuvre qui leur a été présentée.

Ces Marocains, vivant de peu, mieux payés que dans leur pays, retourneraient chez eux après la saison nantis d'un pécule qui améliorera la vie de toute leur famille.

Le deuxième exemple se rapporte aux facilités financières.

Dans une palmeraie du Sud, le capitaine d'Affaires indigènes se trouva, à son arrivée, devant la situation suivante: les indigènes ayant perdu tout leur argent liquide par suite des sécheresses des années pré-

1. Instruction du Résident général de la République française au Maroc, sur la Prophylaxie du typhus. In : Bulletin de l'Institut d'Hygiène (I-IV-38).

cédentes et d'un certain fatalisme inhérent à leur mentalité, se virent dans l'obligation d'emprunter à ceux qui en détenaient encore : en l'occurrence, les usuriers juifs de l'endroit. Ils hypothéquèrent leurs terrains. A l'échéance, dans l'impossibilité de payer les cultivateurs se voyaient acculés à la vente ou à des contre hypothèques qui ne faisaient qu'aggraver leurs situations. Les terres tombaient ainsi aux mains des usuriers qui ne les cultivaient pas ou les cultivaient trop peu. La misère menaçait.

Le capitaine, s'appuyant sur les ordonnances du Service des Finances, consentit des prêts ou des crédits à longue échéance aux hypothéqués et, d'autre part, par un acte d'autorité, expropria les usuriers qui s'étaient adjugés par leurs manœuvres frauduleuses les terres de leurs clients. Il restitua leurs biens à ceux-ci en leur imposant les mêmes règles bienveillantes de paiement.

Ainsi, il s'est acquis la sympathie de la grande majorité des habitants de ces kasbahs.

De plus, il a perfectionné l'irrigation, amélioré les conditions du bétail, installé des souks abrités, des fontaines. Par toutes ces mesures non seulement il a présenté la France à ces populations récemment pacifiées sous un angle très favorable, non seulement il s'est attiré leur estime, mais, doublant leur cheptel, accroissant leur récolte dans des proportions considérables, il a contribué à fixer la population sur la palmeraie.

Du même coup, il a paré aux émigrations, et, partant, aux misères fatales à ces voyageurs, aux maladies et aux épidémies qu'ils auraient déclenchées dans les villes où ils se seraient rendus.

On le voit, les règles médicales n'entrent que pour une partie dans l'amélioration de l'hygiène maro-

caine. Il s'agit d'une véritable mobilisation de toutes les puissances du protectorat.

Et, la forme de cette mobilisation, et la valeur de ceux qui l'appliquent permettent en vérité de dire qu'on peut espérer beaucoup.

Le médecin doit inlassablement éduquer l'indigène

Ces progrès d'ordre matériel auraient beaucoup moins d'efficacité si on ne les avait pas associés à des progrès d'ordre intellectuel réalisés, ceux-là par l'enseignement.

Tout au long de cette étude, nous avons insisté sur le rôle d'éducateur que dans ces milieux peu évolués devait surtout avoir le médecin.

La remarquable instruction de la résidence, où nous avons largement puisé, précise les modalités de cet enseignement.

Le grand principe qui les conduit est qu'il faut toucher toutes les classes, tous les âges, et qu'il ne faut pas cesser de répéter les mêmes principes.

Il faut prendre cet enseignement à partir des faits les plus élémentaires et l'exercer sur tous les points où il peut y avoir doute.

Eviter « d'abord, en tenant l'indigène au courant de l'évolution de la situation épidémique... la propagation des fausses nouvelles et des exagérations ».

Puis donner les conseils nécessaires à la protection en temps d'épidémie :

« Des conférences seront faites par les médecins chefs des régions ou directeurs des bureaux d'hygiène aux groupements divers, commission municipale en

tête, au cours enseignant, aux élèves des écoles européennes et indigènes.

« On n'oubliera pas que c'est par l'écolier que pénètrent dans les familles les notions acquises à l'école. C'est par eux donc que le médecin et le maître atteindront les parents dont l'éducation a besoin d'être faite. On saisira toute occasion pour apprendre aux masses le rôle néfaste du pou dans la propagation du typhus et pour préciser, entre autre chose, en milieu musulman, qu'il n'est nullement défendu par les préceptes religieux de poursuivre l'extermination des poux. »

Ce rappel des notions religieuses est très utile. Elles sont tombées, disions-nous, au rang des symboles et, si elles parvenaient à prendre une valeur plus réelle, elles auraient une action plus efficace.

Je voudrais enfin insister sur des côtés de l'enseignement qui sont particulièrement ingénieux et utiles, car ils atteignent de grandes masses. Je veux parler de la transmission par haut-parleur, dans les souks des quelques règles sanitaires indispensables et de la diffusion de ces mêmes principes par des brochures. Au souk, l'indigène est attiré par la parole. Il peut rester des heures à écouter sur Djemaa-el-Fna, la grande place de Marrakech, les conteurs arabes. Il sera également séduit par ce nouveau genre de récit, car on s'attache à présenter cet enseignement parlé sous forme de conte moral ou d'historiette. Partout où les hauts-parleurs ont été installés, les diffusions ont rencontré le plus grand succès.

Quant aux brochures, elles parlent également à l'esprit. Ce sont, en général, à partir de leur texte que sont établies les émissions parlées. Elles sont illustrées de dessins qui, même pour les illettrés, sont fort éloquents.

La direction de l'hygiène et de la santé publique en a fait imprimer 300.000 dont 6.000 ont été adressés à des Marocains lettrés.

Mais là encore ces mesures ne suffisent et n'ont de valeur que si elles sont sans cesse répétées et non seulement par le médecin, mais par tous les Européens.

L'action médicale — et cela est un principe applicable aussi bien en Europe qu'en Afrique du Nord — si elle était laissée à elle-même serait très faible. Soutenue par tous, elle devient extrêmement efficace.

On parlait de mobilisation tout à l'heure et c'est bien vrai. La médecine, pour être efficace en milieu indigène — c'est-à-dire pour prévenir beaucoup plus que pour guérir — a besoin de toute la puissance des protecteurs, de tout leur zèle, de toute leur intelligence.

A ce compte-là, et à ce compte-là seulement, on indigène qui est bien, en fin de compte, le but suprême pourra espérer un accroissement de la population de l'effort médical.

Le travail qui reste à faire est considérable, mais l'outillage est bon et l'ouvrier admirable. Si l'indigène est long à comprendre, à force de patience, de zèle, d'ardeur, il finira pour son plus grand bien à se plier à nos vues. Les obstacles sont nombreux peut-être, mais il y a tout de même des circonstances qui jouent pour nous.

Le chaulage régulier, qui est des meilleurs désinfectants, les pluies d'hiver qui nettoient les villes et surtout amènent la prospérité et enfin, dominant le tout, le soleil, le glorieux soleil du Maroc.

L'enfant européen vit très bien au protectorat si l'on n'y prend garde de ne pas le transplanter trop brusquement. Il n'y a pas de raison pour que l'en-

fant marocain soit la proie trop docile des maladies.

L'action médicale, en insistant sur les règles d'hygiène, finira par leur opposer un solide rempart. Quand on pourra surveiller les naissances, lutter efficacement contre la mortalité et les maladies des nourrissons, quand, pour tout cela, les mères indigènes auront compris, alors cette population qui s'accroît très peu, malgré les commodités que la protection française lui a apportées, pourra se multiplier.

N'y a-t-il pas place au soleil pour des milliers d'autres Marocains?

CONCLUSIONS

L'action médicale au Maroc doit être considérée comme un des meilleurs agents de l'influence française.



Grâce à un outillage adapté aux conditions démographiques et comprenant des hôpitaux indigènes et des services spécialisés dans les villes, des infirmiers en campagne, des groupes sanitaires mobiles enfin, le médecin a à sa disposition les moyens nécessaires pour soigner et prémunir un nombre de consultants toujours plus grand.

Il y trouve un champ d'études très étendu.

Mais, plus que curative, son action doit être préventive et prophylactique. Concevant sa fonction comme une mission d'enseignement, il rend des services immenses à l'avenir du Protectorat.



Les réactions indigènes sont encore peu prévisibles.

L'affluence des indigènes aux consultations est liée au souci qu'ils ont de leur santé, mais pourtant la médecine française ne contrôle pas encore tout l'état sanitaire du Maroc. Elle trouve des obstacles en plusieurs côtés de la mentalité indigène : son fanatisme, sa méfiance, son incompréhension.

Ces réactions s'améliorent sans cesse, grâce à l'efficacité des thérapeutiques, mais surtout grâce à l'intelligence des notables. Il est indéniable enfin que le milieu urbain, plus évolué, est plus favorable et en meilleure condition pour recevoir l'influence

médicale française que le milieu rural, difficilement atteignable et contrôlable.

*
**

L'avenir de la médecine doit être envisagé avec optimisme, car il faut compter :

— avec le respect et l'estime que l'indigène porte au médecin française,

— avec l'ardeur et l'intelligence des médecins français.

L'action médicale doit lutter contre le manque d'hygiène des indigènes et s'efforcer d'éliminer la masse considérable d'errants qui, vivant misérablement, est à l'origine des épidémies les plus graves.

Il faut donc améliorer les conditions de vie de l'indigène par une mobilisation générale de toutes les administrations du protectorat qui, chacune dans son domaine, donnera de nouvelles sources de prospérité à la population indigène et surtout rurale, qu'il faut s'efforcer de fixer à son sol.

Il ne suffit pas d'appliquer ces mesures, il faut les expliquer. L'éducation des indigènes en matière d'hygiène est la condition indispensable pour qu'elles soient efficaces.

C'est dans ce sens qu'est tracée la route que suit la médecine au Maroc. C'est à ce prix que l'on peut espérer un accroissement de la population.

Vu le Doyen :
TIFFENEAU,

Vu le Président de thèse :
PASTEUR-VALLERY-RADOT

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris :
G. ROUSSY.

Imprimerie A. LAPIED
24, rue Monsieur-le-Prince, VI^e
